Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok III. Październik 1931 Nr 10.

Następny numer „Pielęgniarki Polskiej“ podwójny, ukaże się w grudniu b. r.

Pielęgniarka Polska Nr 10

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr 10

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.

Pojedyńczy numer 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok III. Październik 1931 Nr. 10.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYDAWANE Z ZASIŁKIEM MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ

WYCHODZI CO MIESIĄC POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ

VI Walny Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych

W dniach 14 i 15 listopada odbędzie się w Poznaniu szósty Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych.

Poprzednie Zjazdy: pierwszy, drugi trzeci i piąty odbywały się w Warszawie, czwarty — w Krakowie. W tym roku, dzięki gościnności Stowarzyszenia Zawodowych Pielęgniarek i Higjenistek w Poznaniu, pielęgniarki dyplomowane zjadą się po raz pierwszy w stolicy Wielkopolski.

PROGRAM WALNEGO ZJAZDU PSPZ W POZNANIU

Dzień I.

14 listopada.

Godz. 8.30. Msza św. w kaplicy SS. Elżbietanek, ul. Łąkowa 2.

Godz. 9.30. Posiedzenie PSPZ (wstęp tylko dla członków) w sali Ubezpieczalni Krajowej, ul. Mickiewicza 2.

Godz. 4 popoł. Otwarcie Zjazdu.

Zagajenie. — Wybór przewodniczącego.

1) Referat prof. dr. Jonschera: Opieka nad dzieckiem od 0—14 lat życia.

2) Referat dr. Szulca: Urządzenia sanitarne w Poznaniu.
3) Referat p. Chełmińskiej: Organizacja pracy profilaktycznej w Kasach Chorych.

Dzień II.

15 listopada.

Godz. 8. Msza św. w kaplicy SS. Elżbietanek, ul. Łąkowa 2.
Godz. 10. Posiedzenie w sali Ubezpieczalni Krajowej, ul. Mickiewicza 2.
1 Referat dr. Zeylanda: Szczepienia przeciwgruźlicze sposobem Calmette'a.
2) Referat p. Mokszańskiej: Organizacja i technika szczepień przeciwgruźliczych zapomocą BCG w Poznaniu ze szczególnem uwzględnieniem roli pielęgniarki.
Godz. 2—5 popoł. Zwiedzanie instytucyj społecznych i szpitali.
Godz. 6 popoł. Zamknięcie Zjazdu (wstęp dla członków PSPZ).

Dzień III.

Zwiedzanie instytucyj.

Pielęgniarka w walce z alkoholizmem

Na podstawie referatu, wygłoszonego dnia 13. października 1931 r. na Sekcji lekarskiej w trzecim dniu Jubileuszowego X. Kongresu przeciwalkoholowego w Krakowie.

Walka z alkoholizmem powinna być jednem z zagadnień naczelnych w pracy każdej pielęgniarki społecznej. Każdej, nietylko tej, która pracuje w poradni przeciwalkoholowej, ale i tej, która pracuje w poradni przeciwgruźliczej, czy przeciwweneryczne], czy dla matek nie wolno zapominać ani na chwilę o alkoholizmie. Podczas którychś z rzędu odwiedzin, kiedy pielęgniarka weszła już z rodziną w porozumienie, musi się zorjentować, czy nie czai się gdzieś pijaństwo. Niezawsze pójdzie to łatwo. Często dopiero po długim okresie znajomości zrozpaczona żona opowie o scenach i awanturach, jakie mąż wyprawia; w innym wypadku rodzice przyznają się, że nietylko sami piją, ale i dzieci zachęcają, a nawet przymuszają do wódki, nie szczędząc jej nawet niemowlęciu. W każdym takim wypadku pielęgniarka powinna porozumieć się z lekarzem danej poradni, a on zkolei, czyto będzie ftizjolog, czy pedjatra, powinien porozmawiać z chorym na temat alkoholizmu. Rodzina taka będzie jedną z tych, o których pielęgniarka myśli ze szczególną troską, podobnie i narówni, jak o rodzinie z chorym prątkującym, lub przypadkiem jaglicy. I tu ma miejsce istotna praca profilaktyczna: nie chodzi tylko o zdeklarowanych alkoholików, ale o jednostki, którym grozi rozpicie, a dla których alkohol, nawet w niewielkich spożywany ilościach, jest szczególniej groźny — jak dla gruźlików, czy kobiet w ciąży.

Ogół pielęgniarek społecznych nie jest jeszcze dostatecznie uczulony na tę sprawę: pielęgniarki nauczyły się już tropić gruźlicę, nie nauczyły się jeszcze tropić alkoholizmu. Dzieje się to chyba dlatego, że,

wobec znikomej liczby poradni przeciwalkoholowych, niewiele jeszcze pielęgniarek przeszło w okresie studjów przez dział szkolenia w tej dziedzinie, a może też i dlatego, że pielęgniarki powszechnie myślą, iż interwencja ich w tych wypadkach jest sprawą zgóry przegraną. I choć nie można cofnąć tego, co powiedziano na wstępie, że każda pielęgniarka społeczna powinna, przestępując próg powierzonego jej domu, mieć uwagę napiętą w kierunku alkoholizmu, to jednak stwierdzić należy, że interwencja pielęgniarki, zwłaszcza o ile chodzi o pijaków nałogowych, będzie bardzo często sprawą zgóry przegraną, jeśli nie poprze jej akcja poradni przeciwalkoholowej.

Wiadomo, że każda pielęgniarka społeczna powinna skończyć, przed rozpoczęciem pracy, szkołę pielęgniarstwa. Pielęgniarce, pracującej w poradni przeciwalkoholowej potrzebna jest jeszcze dodatkowa praktyka, nie wchodząca do obecnego programu naszych szkół pielęgniarstwa: na oddziałach psychjatrycznych i oddziałach dla alkoholików.

Przytem, podobnie jak do pracy na tych oddziałach, tak i tu, w poradni przeciwalkoholowej, nie może pracować każda pielęgniarka. Bo nie wystarczy tu najlepsza znajomość zagadnienia od strony teoretycznej, ani najlepsze wyszkolenie praktyczne: praca ta wymaga poprostu powołania, które nie każdemu przypada w udziale. Powołanie takie — to połączenie dużej dobroci z wiarą w zwycięstwo, energja, nie słabnąca w niepowodzeniach, głęboka intuicja i przekonanie o wysokiej wartości pracy, bo ono jedynie może pozwolić na silną, jasną i szczerą argumentację. Nie trzeba chyba wspominać, że pielęgniarka pracująca w przychodni przeciwalkoholowej — podobnie, jak lekarz — sama musi być całkowitą abstynentką, nietylko by świecić przykładem, ale i dlatego, że wtedy tylko zdobędzie się właśnie na siłę wewnętrznego przekonania, które pozwoli jej na zwycięską walkę.

Zrozumiałem jest, że obowiązujący w Ośrodkach Zdrowia podział na obwody odwiedzin, tu przestaje być regułą: pielęgniarka, pracująca w poradni przeciwalkoholowej, odwiedza alkoholików we wszystkich obwodach.[1]) Koniecznem to jest i dlatego, że jedynym środkiem w leczeniu alkoholików jest wpływ psychiczny, a więc ta sama pielęgniarka, która zaznajomi, zaprzyjaźni się z chorym w poradni, musi go potem odwiedzać w domu; wszelkie przekazywanie i polecanie koleżankom jest tu niemożliwością.

Jaka jest rola pielęgniarki w poradni przeciwalkoholowej?

Strona techniczna, to rejestracja, anamnezy, zastrzyki. Dalej — pogadanka wstępna z każdym nowoprzybywającym pacjentem o szkodliwościach i następstwach alkoholizmu. Przedewszystkiem — pośredniczenie między chorym a lekarzem. Zadaniem pielęgniarki jest dokładne opowiedzenie lekarzowi o tem, co zastała w domu. O p o w i e d z e n i e, bo nie powinno tu wystarczać biurokratyczne podanie karty społecznej. Nad każdym chorym lekarz i pielęgniarka powinni się naradzić. Każdy szczegół jest tu przecież dla lekarza niezmiernie cenny: niech się np. dowie, że rodzinę eksmitują, lub że mąż utracił posadę z powodu pijaństwa, że szczególniej ostro odnosi się do jednego z dzieci, niech się dowie o takich, pozornie błahych, szczegółach, jak ten, że chory lubił kiedyś

---

[1]) Tak jest w obu Ośrodkach zdrowia w Warszawie, mających przychodnie przeciwalkoholowe: w 1-szym i 8-mym.

chodzić do kina, a obecnie, ponieważ każdy grosz obraca na wódkę, nie może sobie na nie pozwolić — a będzie miał znakomity punkt zaczepienia rozmowy z alkoholikiem. Następnie pielęgniarka musi powiedzieć lekarzowi, że takie a takie argumenty nie skutkują. Tego, co nie dokonała w domu, tego lekarz, przez swój autorytet dokaże w poradni. Po wtóre pielęgniarka zna lepiej chorego, niż lekarz, bo zna jego środowisko domowe, nieraz szczegóły jego życia. Lekarz bywa dla chorego osobą mniej dostępną, której chory się boi, a więc pielęgniarka musi mu rozmowę z lekarzem ułatwić.

Oczywiście, że tam, gdzie ordynuje dwóch lub trzech lekarzy jednocześnie, pielęgniarka nie jest w stanie z każdym z nich o każdym pacjencie porozmawiać, lekarz musi zadowolić się wtedy opisem odwiedzin domowych. Opis ten powinien być jasny i treściwy. Powinien jednak zawierać właśnie często szczegóły, mogące zainteresować lekarza, a będące nieraz wytłumaczeniem, dlaczego wysiłki jego natrafiają na nieprzebytą zaporę.

Mając nieustannie na uwadze, że najważniejszą sprawą jest działanie na psychikę pacjentów, pielęgniarka musi umilić pacjentom pobyt w poradni. Występuje, jako pani domu, a pacjentów traktuje jako miłych, wyczekiwanych gości. Jest to ważne zarówno dla tych chorych, którzy po raz pierwszy przychodzą — bo pierwsze wrażenie może zadecydować o wszystkiem — jak i dla dawniejszych, stających się z biegiem czasu prawdziwymi przyjaciółmi poradni. Pielęgniarka powinna więc postarać się o gry jak warcaby, szachy, halma, dalej o wypożyczalnię książek, nie mówiąc już o propagandowych broszurkach. Należałoby nawet podawać herbatę i ciastka: godziny spędzane w poradni powinny zastąpić choremu knajpę. Niezmiernie pożyteczną jest działalność klubów towarzyskich, które, otwarte wpobliżu poradni, pozwalałyby alkoholikom każdego wieczoru (niezależnie od godzin pracy poradni) spędzać wolny czas na godziwych i kształcących rozrywkach.

Pielęgniarka bierze udział w pogadankach, propagandzie, przedstawieniach dla alkoholików, stoi w kontakcie z kołami abstynenckiemi i t. d.

Lecz główny ciężar jej zajęć przypada na pracę zewnętrzną.

Odwiedziny są tu podwójne: propagandowe, u pacjentów jeszcze w poradni nie zapisanych oraz odwiedziny u tych, którzy się już do poradni zgłosili.

Pierwsze bywają trudniejsze. Pielęgniarka, której w rodzinie nikt nie zna, wydaje się częstokroć intruzem, mieszającym się niepotrzebnie w cudze sprawy. O alkoholikach dowiaduje się bądź za pośrednictwem komisarjatu policji, skąd co parę miesięcy bierze spis zatrzymanych za pijaństwo,[1]) albo od sąsiadów czy znajomych, stałych poradnianych klijentów. Głównem jej zadaniem wówczas jest przekonanie chorego, aby przyszedł do przychodni, pod wpływ lekarza. Poparcie znajduje zazwyczaj w rodzinie, w żonie, zapalającej się do tej myśli. To też przekonanie otoczenia jest równie ważne, jak przekonanie samego chorego.

Działa tu mocno przykład innych chorych, leczących się pilnie, lub uleczonych, jak oczywiście, niestety, psuje sprawę przykład tych, co się

[1]) W I i VIII Ośrodku Zdrowia w Warszawie pielęgniarki odwiedzają na podstawie spisu tylko pacjentów, mieszkających w dzielnicach należących do Ośrodka, innych wzywają listownie.

w poradni nie „nawrócili“, a którzy, jak to zwykle bywa, rozsiewają o niej najfałszywsze pogłoski.

Zadanie w rodzinach, z których jeden członek już się do poradni zgłosił, jest łatwiejsze. I tu dopiero pielęgniarka roztacza pełną działalność. A więc stara się kontynuować pracę lekarza. Pilnuje, by chory zachowywał, wedle wskazówek lekarza, rzeczywiście całkowitą abstynencję, by zażywał przepisane lekarstwa, by dobrze się odżywiał. Orjentuje się, czy praca chorego nie nastręcza mu okazji do picia, w jakiem przebywa towarzystwie. Raz, drugi, trzeci, czwarty tłumaczy to, co powiedziała mu w poradni, we wstępnej pogadance: całą szkodliwość alkoholizmu. Stara się go pokrzepić, pomóc mu, skoro nie pije, nakłonić do nawrotu na dobrą drogę, jeśli pić znowu zaczął, wynaleźć przyczynę nałogu i tę, o ile można, usunąć.

Druga sprawa — to otoczenie. Pielęgniarka, stojąc na stanowisku, że alkoholizm jest chorobą, tłumaczy, że jeśli chorego męża, czy syna, czy brata nie będzie się niejako pielęgnować, to nie wskóra tu nic ani ona sama, ani nawet lekarz. Przedstawia więc konieczność złagodzenia wrogiego wobec pijącego nastroju: otoczenie chorego musi być spokojne, łagodne, pobłażliwe. Nieustanne sprzeczki i awantury nietylko, że uniemożliwiają wyleczenie, ale bywają powodem pijaństwa zarówno mężczyzn, jak kobiet.

Trzecia sprawa — dzieci. Im szczególną należy poświęcić uwagę. Rozbudzanie uczucia rodzicielskiego z jednej strony, a z drugiej troska i serdeczność dzieciom okazywane, mogą się przyczynić do złagodzenia losu nieszczęśliwych stworzeń. Cóż począć w przypadkach beznadziejnych, gdy ojciec lub matka piją i nie chcą nie pić? Kierować do żłobków dziennych, przedszkoli, ochronek — o ile możności, wedle sił, bo wobec strasznego braku żłobków i miejsc, nietylko w przedszkolach, ale nawet i szkołach powszechnych, jakże często niema rady!

Każde dziecko z rodziny alkoholika jest przedmiotem pilnej obserwacji, bo wiadomo, że dzieci anormalne rekrutują się z tych właśnie rodzin. Najbliższy kontakt z poradnią pedologiczna jest więc koniecznym warunkiem pracy pielęgniarki. Powinna tu być również wzięta pod uwagę współpraca z domami poprawczemi i sądem dla nieletnich.

Dział opieki nad dziećmi alkoholików jest szczególną troską pielęgniarki szkolnej. Ona to wraz z nauczycielami powinna wpływać na dzieci, prowadzić propagandowe pogadanki, organizować koła abstynenckie i wyławiać po domach przypadki alkoholizmu.

Oto parę przykładów z pracy pielęgniarki z przychodni przeciwalkoholowej.

Pierwszy przykład:

Odwiedzany jest piekarzem; zarabia nieźle. Upijał się przez szereg lat. Po miesięcznej pracy nad nim — przestał pić zupełnie. Nie pił parę miesięcy i miesiące te i on i rodzina wspominają, jak raj ziemski. Wspominają zwłaszcza zeszłoroczną Wigilję, podczas której cała rodzina od babki-staruszki aż do małych dzieci płakała ze szczęścia. Niestety przypadek zburzył spokój: na dom napadli bandyci, zamordowali babkę; chory doznał takiego wstrząsu, że wrócił do wódki.

Pielęgniarkę wita bardzo serdecznie. Opowiada jej — nie po raz pierwszy — ogromnie szczegółowo historję bandytów, procesu, jak to w stanie niezupełnie trzeźwym zrobił awanturę w sądzie. Obecnie pije,

nie może nie pić: „Mój ojciec też pił. To dziedziczne. Przeciw temu nikt nie poradzi“. On pamięta te czasy, kiedy nie pił, wie doskonale, że i lekarz i pielęgniarka mają świętą rację, ale poco przychodzić do lekarza? „Poco ja mam bujać pana doktora, że nie piję, tak, jak inni bujają? A przyznać się... poco mu robić przykrość, to taki dobry człowiek!“ Po półgodzinnych perswazjach godzi się: „Dobrze, jak mnie tak pani prosi, to już to dla pani zrobię i przyjdę. Jak mi pani i pan doktor dopomogą, to może zacznę znowu porządne życie“.

Drugi przypadek:

Pacjent jest posługaczem w szpitalu. Pracował w sali sekcyjnej i twierdził, że nie mogąc znieść ani widoku, ani zaduchu — zaczął pić. Dowiedziawszy się o tem, pielęgniarka jedzie do intendenta szpitala i przedstawia całą sprawę. Okazuje się, że choremu grozi wyrzucenie: zanadto pije. Intendent godzi się jednak na próbę i daje choremu inny rodzaj zajęcia. Ten przestaje pić zupełnie.

Można sobie wyobrazić z jaką radością rodzina wita odwiedzającą ją pielęgniarkę!

Trzeci przykład, niestety mniej zachęcający:

Odwiedziny propagandowe. Pielęgniarka dowiedziała się od jednego z pacjentów, że pan X. Y. stale się upija. Mąż i żona spoglądają na nią ze zdziwieniem. Żona, skoro dowiaduje się o co chodzi, staje twardo po jej stronie. Mąż, również posługacz szpitalny, twierdzi zrazu, że to pomyłka. On nigdy nie pija. Potrochu przyznaje się. Lecz oto jego, na argumenty pielęgniarki, kontrargumentacja: „Jak ja mogę nie pić? Pracuję na sali dla rakowatych. Ktoby nie pił? Pani myśli, że lekarz nie zakrapia również? Oho! Nawet siostra — i ta zakrapia! Tutaj szkoda każdego słowa! Poco mam iść do poradni? Jużem raz tam był, zaprowadził mnie jeden, kiedy była zabawa, niby właśnie dla alkoholików. Ale mi się nie podobało, bo nie było wódki. Już więcej nie pójdę. Tam w poradni robią takie zastrzyki (miał na myśli zastrzyki strychniny), od których ja wiem, że się idjocieje. Do tego, jak się po nich napić choćby tylko „jednego“, to człowiek się ciężko pochoruje. Ja tam znam takich, co chodzili, zastrzyki brali, a teraz piją i śmieją się. Mnie pani nie nawróci! A coby to było, z czegoby Państwo żyło, gdyby nie monopol?! To ja nie mam pić, kiedy Państwo każe pić?“

Ten ostatni argument jest na ustach wszystkich opornych pacjentów i co pielęgniarka ma na to odpowiedzieć? Może dojść do tego, że jej zarzucą działalność antypaństwową!

Na zakończenie należy powiedzieć, że całe pielęgniarstwo społeczne nie spoczywa u nas jeszcze na racjonalnych podstawach. Przeważa u nas typ pielęgniarki — rzec można — gadającej. Praca realna nie jest dość rozwinięta. Musimy przejść od pouczań i propagandy do aktywnej pracy. Na szczęście coraz bardziej i my same i ci, co nami kierują, widzą, że należy naprawiać popełnione błędy. Tu i ówdzie zachodzą już zmiany na lepsze, choć daleko jeszcze do zmiany s y s t e m u. A wtedy dopiero propaganda nabierze wartości w oczach rodziny, jeśli pielęgniarka zajmie się choremi dziećmi, jeśli pomoże osłabionej matce ugotować obiad, wykąpie niemowlę, choremu postawi bańki. Wtedy dopiero, na terenie rodziny, która naprawdę odczuła pomoc ze strony pielęgniarki, można będzie niejedno ulepszyć, wtenczas również otworzą się i uszy alkoholika na nasze rady.

Hanna Chrzanowska

Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa w Wiedniu w czerwcu 1931 r.

(Ciąg dalszy)

VII. Przedmiotem referatu p. M. Gouachon, prawnika, sekretarza Federacji Związków szpitalnictwa we Francji i p. Jantet, inspektora-kontrolera szpitali m. Lyonu, były koszty utrzymania dziennego chorego w szpitalu.

Praca ta, oparta na wielkim materjale szpitali francuskich, belgijskich, holenderskich i szwajcarskich wskazuje metodykę potrzebną przy tych obliczeniach, z podziałem na najważniejsze grupy wydatków: 1) administrację, 2) utrzymanie budynków, 3) leczenie, 4) produkty spożywcze, 5) ogrzewanie i oświetlenie, 6) inwentarz, 7) koszty dodatkowe.

W różnych zakładach stosunek kosztów we frankach francuskich przedstawia się, jak następuje:

	fr. franc.
a) przytułki dla starców	8.42
b) przeciętne koszty	12.99
c) medycyna wewnętrzna	17.36
d) chirurgja	18,92

Autorzy wskazują na walkę, toczącą się od szeregu lat, aby zapewnić zakładom leczniczym należyty zwrot kosztów leczenia chorych, potrzebujących opieki społecznej, co jest pierwszym warunkiem rozwoju szpitalnictwa.

VIII. Sprawę terminologji szpitalnej omówił w obszernej pracy przewodniczący komisji, powołanej do tego celu przez poprzedni kongres, Dr Med. I. Wirth z Frankfurtu. Komisja stwierdziła, że istnieją wielkie trudności w ustaleniu dokładnych terminów i nazw w szpitalnictwie, że praca taka potrwać musi przez długi okres czasu i musi być wykonana kolegjalnie. Komisja proponuje w tym celu otwarcie specjalnej rubryki w czasopiśmie „Nosokomeion". Należy mieć na względzie nietylko to, czem szpital jest, ale i to, czem będzie w przyszłości.

Komisja proponuje:

a) definicję ogólną szpitala, b) 50 łóżek, jako minimum, c) uzależnienie wyników pracy w szpitalu od: posiadania lekarzy specjalistów we wszystkich dziedzinach, personelu pielęgniarskiego dyplomowanego, oraz personelu technicznego i pomocniczego, również dyplomowanego.

Dla określenia liczby łóżek szpitalnych ustala się następujące dwa pojęcia:

1) liczba łóżek etatowych,
2) liczba łóżek użytkowanych w danej chwili.

Ustala się następujące kategorje szpitali:

1) szpital ogólny,
2) „ specjalny,
3) „ dla chroników,
4) zakład dla ozdrowieńców.

Nie należą do szpitali: przytułki dla starców, żłobki, przytułki dla ociemniałych, przytułki dla głuchoniemych.

Z punktu widzenia potrzeb szpitale dzielą się według wielkości na:
1) małe szpitale od 50 do 199 łóżek,
2) średnie „ od 200 do 599 łóżek,
3) duże „ od 600 i więcej łóżek.

Szpitale dzielą się na publiczne i prywatne.
1) Szpitale publiczne, nieobliczone na zysk, dzielą się na grupy:
a) szpitale opieki publicznej,
b) szpitale opieki prywatnej.
2) Szpitale obliczone na zysk:
a) szpitale prywatne albo b) lecznice prywatne.

Słowo „klinika“ zostaje zarezerwowane wyłącznie dla szpitali wydziałów lekarskich.

Z punktu widzenia budowy rozróżnia się system grupowy i system blokowy.

Nie używa się więcej nazwy „system pawilonowy“. System grupowy przewiduje decentralizację oddziałów w budynkach 3 i 4-ro piętrowych. System blokowy polega na pomieszczeniu wszystkich oddziałów w jednym budynku (5—12 pięter). W celu jednolitego liczenia ilości pięter, proponuje się liczenie parteru i każdego piętra.

IX. Dr Harper, dyrektor i sekretarz królewskiego szpitala w Wolverhampton w Anglji, w imieniu Komisji wyłonionej na ostatnim zjeździe, jako jej prezes, przedłożył materjały, dotyczące stanowiska prawnego szpitali. Komisja zebrała materjały z Egiptu, Belgji, Kanady, Danji, Niemiec, Finlandji, Holandji, Nowej Zelandji, Austrji, Szkocji i Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Pominięto, niestety, Polskę, choć pod tym względem mogliśmy przodować, bo nasza ustawa szpitalna z roku 1848 była jedną z pierwszych w Europie, a może nawet jedyną ujmującą całokształt spraw szpitalnych, — dobrze przemyślaną i dającą podstawy prawne rozwojowi szpitalnictwa. Od roku 1928 mamy nowy dekret Pana Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych i cały szereg rozporządzeń wykonawczych w opracowaniu. Nieobecność Polski w tej dziedzinie została częściowo wyrównana w dyskusji przez Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, Dra Eugenjusza Piestrzyńskiego, który złożył odpowiednie oświadczenie.

Według referatu Dra Harpera tylko dwa kraje: Austrja i Nowa Zelandja mają specjalne ustawodawstwo (niesłusznie niema tu mowy o nas), dzielące cały kraj na okręgi szpitalne i obowiązujące władze do utrzymywania i budowania wystarczającej liczby szpitali. Ustawodawstwa te normują również procedurę przyjęcia i wypisania chorego ze szpitala, upodrzędniając prywatne i publiczne zakłady surowym przepisom i ścisłemu nadzorowi.

Referat Dra Harpera został podzielony na 4 następujące grupy:
1. Ustawodawstwo szpitalne i administracja ogólna.
2. Normy ustawowe i administracyjne, związane z otwieraniem i eksploatacją szpitali. (Uprawnienia do otwarcia szpitala, warunki budowlane, położenie, budowa i t. d., warunki przyjmowania i pracy personelu, przepisy przyjmowania i wypisywania chorych, przepisy odżywiania, przepisy pielęgnowania, przepisy dla odwiedzających, przepisy dla oględzin i sekcyj zmarłych; inspekcja szpitalna).

3. Sprawozdania urzędowe, dotyczące spraw finansowych szpitala, dotyczące ruchu chorych, stanu cywilnego, chorób zakaźnych, przestępstw.

4. Odpowiedzialność prawna szpitali.

5. Koszty utrzymania i honorarja lekarskie.

6. Przywileje podatkowe szpitali.

W dyskusji zabierali głos liczni mówcy. W imieniu Polski przemawiał Dr Eugenjusz Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, dając zebranym podstawy naszej nowej ustawy, szczegóły dotyczące prawnego ustalania dziennych kosztów leczenia i pozycyj, jakie dekret pozwala tu włączyć. Dr Piestrzyński uwydatnił następnie trudności szpitali w dziedzinie ściągania opłat — szczególnie w okresie obecnego kryzysu i wyraził zdanie, że szpitale będą zawsze instytucjami deficytowemi. Podatki celowe dla szpitalnictwa byłyby niezbędne.

X. Ostatni z referatów Zjazdu poruszył zagadnienie ambulatorjów, ich stosunku do szpitali i do ogółu lekarzy wolnopraktykujących. P. Lewiński Corwin z Nowego Jorku, Dyrektor Zjednoczonego Funduszu Szpitalnego w Nowym Jorku, Sekretarz Generalny dawnego Komitetu Wykonawczego Zjazdu, a obecnie zawiązanego Międzynarodowego Towarzystwa Szpitalnictwa, podjął się zreferowania tego tematu. Prelegent wychodzi z założenia, że tylko drogą odpowiedniej organizacji oddziałów lekarskich i pomocniczych w szpitalach i ambulatorjach można zapewnić ludności należytą pomoc lekarską. Konieczne jest tworzenie ośrodków lekarskich dobrze zorganizowanych z dwóch następujących względów:

a) niedostatecznie uposażone warstwy ludności nie mogą opłacać kosztów leczenia prywatnego lekarza,

b) lekarz odosobniony, bez odpowiedniej organizacji nie może skutecznie i oszczędnie pracować.

Publiczne ambulatorja dają wiele możliwości. Lekarz spotyka się tutaj, częściej niż na salach szpitalnych, z tem samem zagadnieniem, co w praktyce prywatnej. Może sprawdzić ostateczny wynik leczenia wewnętrznego i chirurgicznego. Występuje nietylko w roli lekarza, lecz przyjaciela, doradcy, wychowawcy; widzi początkowe okresy chorobowe; może wywierać wpływ zapobiegawczy. Do wydajnej pracy potrzebne są lekarzowi pomoce techniczne, instrumentacyjne i personel pomocniczy odpowiednio wyszkolony.

Za swą pracę lekarz powinien otrzymywać odpowiednie wynagrodzenie. Jego działalność lekarska powinna być kontrolowana przez kompetentnego szefa. Powinna istnieć możność zasięgania porad specjalistów. Liczba chorych nie powinna przytłaczać lekarzy. Należy umieszczać ambulatorja niezbyt daleko od ośrodków zaludnionych. Oddziały szpitalne i ambulatoryjne nie powinny być zbyt oddalone i łatwo dostępne dla chorych. Lepiej posiadać niewielką liczbę ambulatorjów wielkich, niż dużą liczbę małych. Wygodne poczekalnie, urządzone z pewnym komfortem są koniecznym warunkiem; powinny być osobne dla kobiet, osobne dla mężczyzn; przewiduje się zawsze izolatki i rozbieralnie. Za wyjątkiem przypadków zupełnie jasnych chorzy nowowstępujący są odsyłani do biura segregacyjnego, celem należytego skierowania oraz dokonania badań laboratoryjnych, rentgenologicznych. Powinno się urządzać przyjęcia wieczorne. Jeżeli chory nie przybył na określoną godzinę, wysyła się pisemne

wezwanie na określoną godzinę i dzień. Historja choroby notowana jest przez sekretarza odpowiednio przygotowanego. Centralne archiwum wysyła do oddzielnych przychodni historje chorób i notatki dotyczące chorych oczekiwanych w ciągu dnia. Przy ambulatorjum powinno się zorganizować dział zapobiegawczy. Każdy ordynator szpitala jest jednocześnie kierownikiem odpowiedniego ambulatorjum, którego personel lekarski dzieli się na kategorje. Przejście do następnej kategorji połączone jest ze zwiększeniem poborów i odpowiedzialności. W dwóch grupach wyższych lekarz dzieli swój czas pomiędzy ambulatorjum i sale szpitalne. Lekarz powinien mieć możność leczenia swych chorych prywatnych w szpitalu.

Żywa dyskusja rozwinęła się po referacie p. Corwina. Liczni mówcy, a między nimi Dr Alter, Dr Tandler, Dr Gruschka i inni podzielili wnioski referenta. Niestety względy osobiste, personalne, a szczególnie polityczne stoją na przeszkodzie jak najoszczedniejszemu zorganizowaniu skoordynowanej opieki nad zdrowiem ludności. Miljony, jak twierdził Dr Gruschka z Czechosłowacji, są wyrzucane na lecznictwo publiczne i trwonione w znacznej mierze skutkiem rozbicia poszczególnych działów. Administracje miast i gmin nie zdają sobie nawet sprawy, do czego służą szpitale, ambulatorja, poradnie i jakie mogą dać wyniki pracy. Administracja usprawiedliwia swe istnienie koniecznością administrowania instytucjami lub urzędami, jakie sama tworzy — podczas gdy jej właściwem zadaniem jest:

1) zdanie sobie sprawy i jasne określenie celu, jaki chce się osiągnąć,
2) wybranie odpowiednich metod pracy,
3) stworzenie aparatu, jaki jest niezbędny dla osiągnięcia celu.

Przytoczone streszczenia referatów są dowodem, jak wielki materjał naukowy i dyskusyjny został przygotowany na Kongres Wiedeński. Jest rzeczą zupełnie jasną, że około 500 uczestników Zjazdu, wzajemnie sobie nieznanych, z 38 państw, nie mogło nawet w małej części opanować drukowanego tekstu referatów, rozdanego zresztą przed samym Zjazdem, ani zapoznać się z ich treścią, bo referaty nie były wygłaszane. Dyskusja w tych warunkach zawiodła w znacznej części. Tem niemniej nie należy niedoceniać wielkiego znaczenia Zjazdu. Organizatorzy Zjazdu mieli jasny cel na widoku w dzisiejszych czasach kryzysu społecznego, a tem samem i lekarskiego. Chcieli szerokim sferom lekarskim wskazać, w jakim kierunku ewolucja na całym świecie posuwa się naprzód. Chcieli zwrócić uwagę na to, co dziś jest i co jutro z naszemi instytucjami lekarskiemi dziać się będzie. Uchylili rąbka przyszłości. Wskazali na olbrzymie znaczenie medycyny w życiu społecznem w prowadzeniu państw i narodów drogą ku przyszłości lepszej. Powiedzieli nam jasno, jak bardzo my, lekarze do tej naszej przyszłej roli nie jesteśmy przygotowani, ile musimy się nauczyć, aby podołać obowiązkom, jakie na nas zawód nasz wkłada.

Dr Czesław Wroczyński

Odżywianie w chorobie

(Ciag dalszy)

ERRATA

W Nrze 7—8, w części pierwszej niniejszego artykułu zaszła pomyłka na str. 124, w wierszu 13 od góry: zamiast: Białe ciałka — u mężczyzny i kobiety 5,5—10 milj. ma być: Białe ciałka — u mężczyzny i kobiety 5,5—10 tysięcy.

Niedokwaśność żołądka. — Achylia

Niedokwaśność żołądka często występuje przy anemji, chorobach pęcherza i zakaźnych, objawia się zmniejszeniem wydzielania kwasu żołądkowego a czasem i pepsyny. Przy t. zw. achylii prawie wcale nie wydziela się kwas solny, jak również i pepsyna. Czasem jednak wydziela się pepsyna, ale nie jest aktywna, bo do tego potrzebne jest współdziałanie kwasu solnego. Przy achylii gruczoły, wydzielające kwas solny w żołądku, znajdują się w stanie atrofji i na to niema lekarstwa. Utrzymać zdrowie można jedynie przez zachowanie odpowiedniej diety i trybu życia. Przy achylii jak i niedokwaśności żołądka można stosować tę samą dietę. Z powodu braku kwasu bakterje, zarówno fermentacyjne, jak gnilne, mogą się rozwijać w przewodzie pokarmowym i wywoływać różne zaburzenia. W żołądku powstaje nadmierna fermentacja, tworzenie się różnych kwasów organicznych powoduje uczucie gniecenia i pieczenia, podobnych do objawów przy nadkwaśności. Możliwe jest również, że coraz więcej bakteryj gnilnych przechodzi wzdłuż przewodu pokarmowego, zwiększając możliwość kiszkowego zatrucia i *colitis.* Jest więc rzeczą b. ważną, aby przedsięwziąć wszelkie środki dla przeciwdziałania rozwojowi tych bakteryj i unikania pokarmów, które sprzyjają ich rozwojowi.

Mleko powinno być dobierane z taką starannością, jak dla niemowląt. Kefir i dobre zsiadłe mleko są bardzo pożądane. Warzywa i owoce, jeżeli podane na surowo, powinny być starannie umyte i płókane pod wodą bieżącą. Mięso, jako sprzyjające szybkiemu rozwojowi bakteryj gnilnych, powinno być usunięte z diety lub podawane rzadko w małych ilościach i bardzo dobrze ugotowane. Gdy kwasu solnego w żołądku jest mało, a skutkiem tego pepsyna jest nieczynna, które to dwa czynniki są niezbędne do trawienia białka, staje się jasnem, że należy zredukować do minimum białko, ewentualnie podawać je w postaci najłatwiej strawnej. Zatem jaja na miękko, twarożek, dobre mleko świeżo przegotowane, kefir, inne preparaty z kwaśnego mleka, mięso białe gotowane, dla odmiany gotowana ryba. Zupy klarowne, szczególnie kwaskowe jak pomidorowa, barszcz, oraz rosoły są bardzo wskazane, gdyż działają podniecająco na wydzielanie się soku żołądkowego. Słodycze łatwiej są strawne niż przy nadkwaśności, powinny być jednak używane z umiarkowaniem, gdyż powodują fermentację. Zwykłe, łatwo strawne desery, jak np. galaretki, mleczko zapiekane, jabłko pieczone, lekkie budynie z kaszek mogą być podawane przy niedokwaśności. Kwasy, szczególnie naturalne, jak sok z cytryny, pomarańczy i innych owoców, są bardzo pożądane, gdyż uzupełniają działanie zredukowanego co do ilości kwasu żołądkowego. Niektórzy lekarze zalecają regularne przyjmowanie rozcieńczonego kwasu solnego wraz z posiłkiem. Tłuszcze zwykle powstrzymują wydzielanie

się kwasu solnego, dlatego należy je spożywać w małych ilościach. Świeże masło i śmietanka — to najłatwiej strawne tłuszcze. Smażone potrawy lub zbyt przetłuszczone należy usunąć z diety. Alkohol, tytoń i wszelkie ostre przyprawy do potraw są zabronione. Woda, jako łagodny środek pobudzający, powinna być dawana między posiłkami. Staranne żucie pokarmów jest szczególnie ważne, gdyż pobudza wydzielanie soków trawiennych.

Poniższy jadłospis można polecić przy niedokwaśności żołądka:

Śniadanie: Sok z pomarańczy lub kompot (bardzo mało słodki) ze śliwek lub moreli. Kaszka na mleku lub jajka na miękko. Grzanka wysuszona w piecyku i zlekka zrumieniona, potem cienko masłem posmarowana. Kawa z mlekiem.

Drugie śniadanie: Owoce lub sok ze świeżych owoców.

Obiad: Mocny rosół lub kwaskowa zupa klarowna. Gotowane białe mięso. Pieczony kartofel. Marchewka. Sałata zielona. Czerstwy chleb. Kisiel lub kwaskowa galaretka.

Podwieczorek: Kefir.

Kolacja: Zupa jarzynowa lub barszcz z grzankami. Omlet lub delikatne kluseczki. Mus z owoców. Grzanka.

Rozszerzenie żołądka

Przy rozszerzeniu żołądka powinno się przedewszystkiem unikać pokarmów, wzmagających ruchy żołądka. Do takich należą płyny, które trzeba podawać w bardzo małych ilościach, nie więcej niż półtora litra dziennie. Pragnienie, które występuje zawsze w związku z omawianą chorobą, można zaspokoić przez trzymanie w ustach małych kawałków lodu lub też przez dawanie *per rectum* wody lub innych płynów. W wypadkach cięższych podawać należy enemy odżywcze z oliwy. Do diety wchodzi mleko z tapioką rozgotowaną, jaja z buljonem dobrze rozbite, warzywa w postaci purée, chleb czerstwy, przetarte kompoty, masło w bardzo małych ilościach, zawsze na świeżo przy podaniu potrawy. Żadnych ostrych przypraw, mięso w formie najstrawniejszej. Charakterystyczną cechą kuracji dietetycznej jest podawanie pokarmów często i w małych ilościach, a więc naprzykład:

O godz. 7.30 rano 40 gr. soku z pomarańczy, pomidorów lub przetartego kompotu niesłodzonego, 100 gr. czyli nieco mniej niż pół szklanki kakao. Bułka czerstwa. 15 gr. masła.

O godz. 10.30 jajko na grzance.

O godz. 12.30 skrobany befsztyk lub kawałeczek piersi kurczęcia. Mała porcja szpinaku. Purée z marchwi. Pieczony kartofel. Kruche ciastko.

O godz. 3.30 100 gr. t. j. mniej niż pół szklanki kakao.

O godz. 7 dwa jaja na miękko. 1 bułka (grzanka). 15 gr. masła.

Atonja żołądka

Atonję żołądka sprowadza często zbyt szybkie jedzenie, połykanie dużych kęsów i niestaranne żucie. Dlatego osoby o słabych zdolnościach trawiennych powinny szczególnie dbać o jedzenie powolne, żucie dokładne i unikanie pokarmów ciężkostrawnych. Osoby, cierpiące na atonję żołądka, powinny jeść w małych ilościach, ale często, stosując w tym względzie powyżej podaną dietę. Mleko powinno być podawane najwyżej 4 razy na dzień po 1 szklance, zresztą uwzględnić tu trzeba indywidualny stan zdrowia i gust pacjenta. Dieta przy atonji żołądka zależy od tego, jaki jest charakter wydzielanego soku żołądkowego, a więc

w wypadku nadkwaśności — więcej białkowych pokarmów t. j. jaj, mięsa gotowanego, twarożku, ryb gotowanych; warzywa wybierać należy ostrożnie, unikać kalafiorów, kapusty, grochu; inne przecierać; kartofle i kasze są bardzo pożądane. Unikać kwaskowych owoców i przypraw. W wypadku zmniejszonej ilości wydzielanych kwasów zmniejszyć należy ilość mięsa, podawać jedynie galaretki z mięsa, mocne rosoły w minimalnych ilościach t. j. po jednej trzeciej szklanki naraz. Warzywa natomiast można podawać w większych ilościach.

Przy atonji żołądka zdarza się chroniczne zaparcie, którego zwalczanie polega na stosowaniu odpowiedniej diety. Podawane pokarmy powinny zawierać perystaltynę. Należy podawać chleb Grahama, pomidory, buraki, szpinak, marchew, owoce surowe i gotowane, mleko słodkie lub kwaśne (zależy to od zawartości kwasów w żołądku), miód.

Często, zwłaszcza u osób nerwowych, występuje *gastroptosis* to jest opuszczenie żołądka. Kuracja polega tu na noszeniu dobrze dostosowanych pasów oraz na stosowaniu zabiegów elektrycznych, jednak wiele tu może pomóc racjonalna dieta. Dobre rezultaty osiąga się również przez leżenie częściowo na świeżem powietrzu, częściowo w pokoju, oraz spożywanie dużych ilości jedzenia, zwłaszcza gdy pacjent jest wychudzony. Wszystkim, którzy cierpią na *gastroptosis* radziłabym w każdym razie krótki odpoczynek przed i dłuższy po jedzeniu, na świeżem powietrzu. Dieta powinna być wysoko kaloryczna, zawierać musi dość dużą ilość tłuszczu w stosunku do swych składników. Mleko, o ile jest dobrze znoszone przez pacjenta, należy podawać po jedzeniu, a jeśli pacjent lubi — dodawać śmietankę. Jeżeli pacjent nie znosi mleka, należy podawać po jedzeniu kakao lub też żółtko z cukrem, albo też ciastko i czekoladę. Poza tem wskazane są wszelkie łatwostrawne pokarmy. Aby uniknąć obstrukcji, która często towarzyszy tej chorobie, należy naczczo jeść owoce, jadać chleb Grahama, dużo warzyw i owoców, miód, kwaśne mleko. Przed pójściem na spoczynek pożądane jest wypicie ciepłego mleka i śmietanki lub jeśli kto mleka nie znosi — innego ciepłego pożywnego płynu.

Anorexia nerwowa (brak łaknienia)

Pacjent powinien być izolowany od rodziny. Podawać mleko ciepłe co godzina, albo inny ciepły pożywny płyn, gdyż to bardzo uspokaja nerwy. Jeżeli pacjent nie spożywa dostatecznej ilości pokarmu, trzeba dawać enemy odżywcze lub karmić przez sondę. Doskonałe rezultaty daje niekiedy żywienie zapomocą sondy dwunastniczej.

Nerwowe wymioty

często zdarzają się u ludzi bardzo nerwowych. Ustają z chwilą zmiany krajobrazu, otoczenia, atmosfery. W ciężkim wypadku pacjent powinien leżeć w łóżku i otrzymywać pożywienie jedynie za pośrednictwem enem odżywczych.

Morska choroba bywa często na tle nerwowem. Należy wtedy w wyobraźni swojej odtwarzać ruchy okrętu, poddawać się im całkowicie, leżąc na świeżem powietrzu i jedząc regularnie pokarmy łatwo strawne.

U osób nerwowych zdarza się też

Nerwowy brak kwasów lub niedokwaśność.

W takich razach należy dawać pokarmy w małych ilościach, ale często. Dieta musi być urozmaicona, niepozbawiona pokarmów białko-

wych, które podlegają wtedy trawieniu w jelitach, w zastępstwie żołądka. Dieta w nerwowej dyspepsji nie powinna być z powyżej wymienionych względów zbyt ograniczona co do ilości. Pacjent powinien nabrać przekonania, że im więcej będzie jadł najrozmaitszych pokarmów z diety normalnej, tem zyska lepsze samopoczucie. Atmosfera przy jedzeniu musi być nietylko pogodna, ale nawet wesoła. Może tego dokazać pielęgniarka, podająca pożywienie. W wypadkach, gdy pacjent znosi dobrze mleko, należy je dawać w różnych postaciach, szczególnie zaś kwaśne i spełniać wszelkie możliwie życzenia chorego, dotyczące podawania lub przyrządzania pokarmów. O ile może je trawić, dawać ilościowo bez ograniczeń. (C. d. n.).

Marja Morzkowska, Mag. przyrody i dietetyki

Zjazd przeciwgruźliczy

W dniach 19 — 22 września 1931 r. odbył się w Zakopanem czwarty zjazd przeciwgruźliczy. Obradom przewodniczył nestor ftizjologów polskich, Dr. Seweryn Sterling.

W pierwszym dniu Prof. Michałowicz z Warszawy wygłosił referat p. t.: *Allergja a stany odporności w gruźlicy płuc,* przyczem koreferentami byli Dr. St. Popowski z Warszawy i Dr. Z. Skibiński z Zakopanego.

W dniu drugim referaty miały charakter wykładów klinicznych na temat: *Kwalifikacja chorych na gruźlicę do zakładów leczniczych ze stanowiska klinicznego w świetle metod nowoczesnych badania i leczenia gruźlicy płuc* Dra Stefana Rudzkiego z Warszawy, Dra K. Dąbrowskiego z Warszawy, Dra L. Węgrzynowskiego ze Lwowa i Dra L. Fiszera z Zakopanego.

W trzecim dniu Zjazdu odbyły się referaty na temat społeczno-lekarski, a więc: *Ubezpieczenia społeczne, a gruźlica* Dra C. Wroczyńskiego z Warszawy oraz *Zakopane, jako miejscowość klimatyczno-lecznicza* Dra J. Żychonia z Zakopanego.

Oto uchwały Zjazdu:

1) IV. Zjazd Przeciwgruźliczy zwraca się z gorącem wezwaniem do Rządu Rzeczypospolitej, aby w okresie przeżywanego bezrobocia, związanej z niem nędzy, a w następstwie tego — groźnego szerzenia się gruźlicy, nie redukował sum przeznaczonych na akcję przeciwgruźliczą oraz do całego społeczeństwa polskiego, aby w tym krytycznym momencie zechciało nie zmniejszać swej ofiarności na cele walki z gruźlicą, tą największą klęską społeczną.

2) Wobec istniejących warunków ekonomicznych kraju i spowodowanego tem niedostatecznego wyzyskiwania łóżek posiadanych w sanatorjach społecznych, IV. Zjazd ostrzega przed tworzeniem luksusowych sanatorjów, a zwłaszcza t. zw. pseudo-sanatorjów. Natomiast wyraża przekonanie, że najbardziej celowem jest urządzanie sanatorjów i szpitali sanatorjów z możliwie niską opłatą.

3) Zjazd wzywa wszystkie instytucje rządowe, samorządowe, społeczne oraz zakłady ubezpieczeń społecznych do jak najrychlejszego scalenia dotychczas przez siebie prowadzonej akcji przeciwgruźliczej w łonie istniejących terytorjalnych towarzystw przeciwgruźliczych, zrzeszonych w Polskim Związku Przeciwgruźliczym. Jako wzór scalonej akcji może służyć organizacja Naczelnej Rady Walki z Gruźlicą w Łodzi.

4) Zjazd uważa za celowe organizowanie specjalnych zakładów dla gruźliczochorych wspólnemi siłami wszystkich instytucyj, biorących udział w walce z gruźlicą. Zakłady przeznaczone dla chorych niebezpiecznych dla otoczenia, wymagających dłuższej kuracji, powinny dawać im możność fachowego przekształcania się do zawodów odpowiednich do ich stanu zdrowia.

5) Zjazd zwraca się z prośbą do Władz Rządowych, aby w możliwie krótkim czasie został zrealizowany projekt Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, dotyczący budowy gimnazjum o charakterze ściśle sanatoryjnym w klimacie górskim, uważając dotychczasowy brak takiego zakładu za poważną lukę na froncie walki z gruźlicą w Polsce.

6) Celem ustalenia nazw zakładów leczniczych o typie społecznym, IV Zjazd uchwala:

a) Pod nazwą „sanatorjum dla chorych na gruźlicę“ rozumieć należy zakład leczniczy pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, dający przez swoje położenie i urządzenie możność stosowania, prócz innych metod leczniczych, również i terapji klimatyczno-dietetycznej przy odpowiednim reżimie. Sanatorjum powinno przyjmować wyłącznie takich chorych na gruźlicę, którzy potrzebują leczenia, a stan których rokuje osiągnięcie możliwie trwałej poprawy.

b) Pod nazwą „szpitala-sanatorjum dla chorych na gruźlicę“ rozumieć należy zakład leczniczy pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, odpowiednio położony i urządzony, przeznaczony do leczenia i izolowania wszelkich postaci gruźlicy, do nieuleczalnych włącznie. Poza innemi oddziałami zakład ten powinien posiadać oddziały obserwacyjno-segregacyjny, chirurgiczny i dla chorych nieuleczalnych.

7) Ponieważ w walce społecznej z gruźlicą niezmiernie doniosłe zadanie przypada pracy wychowawczo-profilaktycznej nad młodem pokoleniem, przeto IV. Zjazd wyraża nadzieję, że, zniesiona ze względów oszczędnościowych instytucja lekarzy szkolnych będzie przy poprawie stosunków ekonomicznych w państwie na nowo wprowadzona.

8) IV. Zjazd uchwala konieczność wprowadzenia w państwie Ustawy Przeciwgruźliczej i wzywa Rząd do jak najrychlejszego wniesienia do Sejmu projektu takiej ustawy.

9) IV. Zjazd wyraża przekonanie:

a) że wszystkie czynniki fachowe, t. j. lekarz wolnopraktykujący, poradnia, szpital i sanatorjum, są uprawnione, a nawet obowiązane do wspólnego kierowania losem chorego i do walki z gruźlicą,

b) że koszty leczenia chorych na gruźlicę nie mogą nagół obciążać wyłącznie samych chorych, a powinny obowiązywać również odnośne czynniki państwowe, samorządowe i społeczne,

c) że w Polsce powinien powstać Centralny Zakład Badań nad Gruźlicą. Konieczność stworzenia takiego zakładu była już stwierdzona uchwałą III-go Zjazdu Przeciwgruźliczego w Poznaniu.

d) że Zakopane ma warunki stacji górskiej, odpowiednie do leczenia gruźlicy płuc,

e) że w Zakopanem również powinno powstać tanie sanatorjum o charakterze ludowym.

10) IV. Zjazd wyraża przekonanie, że restytuowanie zniesionego w swoim czasie Ministerstwa Zdrowia Publicznego będzie nietylko z korzyścią dla postępu kultury zdrowotnej w Polsce, ale przyniesie Skarbowi Państwa znaczną oszczędność.

Kronika pielęgniarska

PIELĘGNIARKA W WYDZIALE ZDROWIA LIGI NARODÓW

Z dniem 8. października b. r. za pośrednictwem M. R. P. zostało objęte stanowisko pielęgniarki w Wydziale Zdrowia Ligi na przeciąg 2 lat. Dzięki donacji anonimowej ofiarnej pielęgniarki, Miss Clara D. Noyes w porozumieniu z Zarządem M. R. P. przeprowadziła odnośne starania w Lidze Narodów, uwieńczone pomyślnym rezultatem.

Pomimo, że Wydział Zdrowia Ligi przekazywał stale sprawy pielęgniarskie Międzynarodowej Radzie Pielęgniarskiej w Genewie, obecność pielęgniarki w samym Wydziale Zdrowia była niezmiernie potrzebną, specjalnie do spraw pielęgniarstwa społecznego. Liga Narodów przyjęła złożoną jej ofertę M. R. P. z wdzięcznością. Wynagrodzenie pielęgniarki jest równorzędne z uposażeniem lekarzy pracujących w Sekcji Zdrowia, tem samem stawia pielęgniarkę na równi z tamtym personelem i bezpośrednio pod kierownictwo Dra L. Rajchmana, Dyrektora Wydziału Zdrowia. Okres 2-letni pozwoli Lidze należycie osądzić, czy stanowisko to jest potrzebne i czy powinno być nadal utrzymane.

M. R. P. zaproponowała i skierowała na wspomniane stanowisko Miss Hazel A. Goff, dyplomowaną pielęgniarkę jednej z najlepszych szkół pielęgn. w Stanach Zjednoczonych (Boston General Massachussets Hospital School of Nursing) i rutynowaną dietetyczkę. Przez dłuższy czas Miss Goff pracowała w szkołach pielęgniarskich i innych instytucjach, poczem została wybraną przez Amerykański Czerwony Krzyż na dyrektorkę szkoły pielęgniarskiej w Bułgarji w Sofji. Już po trzech latach Miss Goff mogła oddać kierownictwo doskonale zorganizowanej szkoły w ręce miejscowych dyplomowanych pielęgniarek i przenieść się na bardzo odpowiedzialne stanowisko do Fund. Rockefellera w Paryżu, gdzie dalsze 3 lata przepracowała.

Od września 1930 roku Miss Goff przebywała w *Teachers College* w Nowym Jorku, gdzie specjalizowała się w dziale administracji pielęgniarstwa społecznego.

Poznań

ZE STOWARZYSZENIA ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK i HIGJENISTEK.

Posiedzenie dnia 20 sierpnia 1931 r. Obecne na zebraniu pp.: Radajewska, Łazarewiczówna, Ziembińska, Mokszańska, Dąbrowska, Rudnicka, Wierzbicka. Vogtówna, Majorowska. — Na przewodniczącą zebrania wybrano p. Radajewska. — Sprawozdanie z poprzedniego zebrania przyjęto bez dyskusji. — Wobec wyjazdu na czas nieokreślony przewodniczącej Stowarzyszenia p. Żakowskiej oraz wiceprzewodniczącej p. Jasielskiej, wyłoniła się konieczność wybrania zastępstwa. Jako kandydatkę proponowano panią Chełmińską, ponieważ jednak bawi ona obecnie na urlopie, zastępstwa aż do czasu jej powrotu podjęła się p. Radajewska. We wrześniu wyjeżdża na urlop p. Rudnicka — zastępstwa jej podjęła się p. Dąbrowska. — Na czerwcowe zebranie Zarządu P. S. P. Z. była delegowana do Warszawy p. Karchowska, ponieważ żadna z członkiń Zarządu nie mogła wyjechać. Wobec tego, że p. Karchowska na zebranie przybyć nie mogła, składa sprawozdanie w jej zastępstwie p. Rudnicka. — P. Radajewska proponuje zorganizowanie kursów dokształcających. Wielkiem ułatwieniem w zorganizowaniu tych kursów byłoby na początek przyłączenie się do Katolickiej Szkoły Społecznej, gdzie możnaby korzystać z niektórych wykładów. Na razie p. Radajewska proponuje dołączenie się do wykładów: ustawodawstwa społecznego, ustawodawstwa ochronnego oraz prawa opiekuńczego. Nasuwa się kwestja opłaty. Jako maximum opłaty miesięcznej, na jaką stać byłoby pielęgnirki, określa się sumę 10 zł. z tem, że p. Radajewska będzie się starała w Szkole Społecznej o uzyskanie jak najdogodniejszych warunków. Oprócz tego p. Radajewska proponuje zorganizowanie wykładów na temat walki z gruźlicą, chorób wenerycznych, fizykoterapji i t. d. W związku z powyższem, p. Łazarewiczówna proponuje zorganizowanie komisji kursów dokształcających, któraby miała za zadanie organizowanie podobnych kursów, propagowanie wśród koleżanek idei konieczności dokształcania się, kontrolowanie i ściąganie opłaty za kurs i t. d. Sprawę tę odroczono do następnego zebrania ze względu na zbyt małą ilość obecnych, przyjmując jednak zasadniczo wniosek. — Wolne posady: w Szkole położnych i na Oddziale Ginekologicznym Szpitala Powszechnego we Lwowie wakuje 8 posad dla pielęgniarek wykwalifikowanych. szczególnie chodzi o umiejętność pielęgnowania noworodków. Warunki: 120 zł. miesięcznie, z czego potrąca się 60 zł. na utrzymanie (wikt szpitalny II-giej klasy). Do Dworku Cisowego p. Czorsztyn, pow. Nowy Targ do Szkoły Pracy Harcerskiej potrzebna jest pielęgniarka, któraby równocześnie prowadziła ambulatorjum dla okolicznej ludności. Lekarz powiatowy o 15 km. Szkoła o 25 km. od stacji. Warunki klimatyczne i zdrowotne świetne. Praca bardzo urozmaicona. Warunki: 100 zł. miesięcznie i utrzymanie, mieszkanie, światło, opał, pranie.

Warszawa

ZE STOWARZYSZENIA ABSOLWENTEK WARSZAWSKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA. — Zebranie 10. września 1931 r. — Obecnych członkiń 30. 1. Odczytanie protokółu. 2. Sprawozdanie kasowe. 3. Przewodnicząca. p. Lankajtes otwiera dyskusję na temat uczczenia 10-lecia Warszawskiej Szkoły Piel., która przypada 19. października br. Po dyskusji przyjęty jest wniosek p. Babickiej ufundowania tablicy pamiątkowej lub pergaminu; opracowanie i staranie o wykonanie projektu powierzono komitetowi w osobach pp. Chrzanowskiej, Mierzejewskiej, Mochnackiej, Zawadzkiej. Zdanowiczowej. W skład komitetu, zbierającego składki oraz załatwiającego odpowiednią korespondencję wchodzą pp. Babicka, Skawińska, Wojlanisówna, Żelechowska. — Składka minimum 2 zł. — 4. P. Dewiczówna z pomocą p. Babickiej podejmuje się założyć kartotekę Stowarzyszenia. 5. Na miejsce p. Masiewiczówny, która wyjechała zagranicę, jako stypendystka Fundacji Rockefellera, przewodnicząca proponuje jako delegatkę Stowarzyszenia do komisji wyborczej na Zjazd PSPZ. p. Poznańską, która uzależnia decyzję od daty Zjazdu. 6. Zebranie przyjmuje jednogłośnie kandydaturę pp. Babickiej i Gołębianki na członków Zarządu PSPZ., proponowaną przez komisję wyborczą Zjazdu. 7. P. Babicka zapytuje, czy kontynuować wykłady kursu dokształcającego, przerwane na wiosnę b. r. P. Lankajtes proponuje uruchomienie tylko jednego, krótkiego cyklu wykładów, a obrócenie pozostałej sumy na wydanie skryptów niesłychanie potrzebnych dla absolwentek, zwłaszcza z poza Warszawy. Sprawę tę p. Lankajtes proponuje przekazać komisji wychowawczej na W. Zjeździe PSPZ. — Wniosek przyjęty. 8. Stowarzyszenie organizuje dnia 20. września 1931 r. wycieczkę do zakładu dla ociemniałych w Laskach. 9. Termin następnego zebrania: 6. października 1931 roku.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu" pod zarządem R. Ferka.

Następny numer „Pielęgniarki Polskiej“ podwójny, ukaże się w grudniu b. r.

Administracja „Pielęgniarki Polskiej“ przypomina uprzejmie W. W. P. P. Czytelnikom o zaległej prenumeracie.

Czytajcie i rozpowszechniajcie Miesięcznik Zawodowych Pielęgniarek.

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów**, podając „dotychczasowy . . . . obecny . . . . .“